

Solicitud de Cobertura de Atención Médica de la Adolescente Embarazada (para menores de 19 años)

Application for Pregnant Teen Health Care Coverage (for Teens Under Age 19)

Primer nombre		Inicial del segundo nombre		Apellido	
Dirección del lugar donde vive <i>(Si no tiene una dirección fija, por favor brinde una dirección de correo a continuación.)</i>					
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal
Dirección de correspondencia <i>(Si usted prefiere enviar toda la correspondencia a un representante autorizado, por favor complete a continuación)</i>					
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal
Números telefónicos			Servicios de idioma y discapacidad		
Número de contacto preferido		¿Tiene problemas para hablar, leer o escribir en inglés?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		¿Necesita un intérprete?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		¿Necesita materiales traducidos?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Número de preferido para mensajería de voz:		¿Que idioma prefiere hablar? _____			
		¿Que idioma prefiere leer? _____			
Preguntas <i>(Su respuesta a estas preguntas no afectará sus coberturas)</i>					
¿Es usted un ciudadano estadounidense o inmigrante legal que reside en los EE.UU?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Usted es Indio Americano o Nativo de Alaska?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Usted quiere que su embarazo se mantenga de forma confidencial?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Tiene algunos gastos médico derivados de su embarazo?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
Fecha de nacimiento <i>(mm/dd/aaaa)</i>		Fecha en el embarazo terminó <i>(mm/dd/aaaa) (Si no lo sabe, un estimado.)</i>		Número de seguro social <i>(Si no lo tiene, deje un espacio en blanco.)</i>	
Representante autorizado opcional <i>(Un AREP es alguien que permite que la Autoridad de Atención Médica hable con usted acerca de su cobertura y/o cobertura para la Atención Médica de la Adolescente Embarazada.) Para tener un AREP, por favor complete la siguiente información.</i>					
Nombre de AREP		Nombre de la organización		Número de teléfono	
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal
Revise cualquiera o ambos <input type="checkbox"/> Envíe mi correspondencia a la dirección de correo. <input type="checkbox"/> Envíe mi correspondencia a la dirección de este AREP.					
Lea atentamente antes de firmar					
Entiendo que:					
<ul style="list-style-type: none"> • Mi situación está sujeta a verificación por parte de la Agencia de Atención Médica o de cualquier otra agencia estatal o federal. • Si pedí que mi embarazo sea mantenido de forma confidencial, ningún otro seguro será facturado por los servicios que reciba a través de este programa. 					
Declaración y firma					
He leído y comprendido la información en esta solicitud. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que he dado en esta solicitud es, a mi mejor entender, veraz, correcta y completa.					
Firma del solicitante				Fecha	